

HAAVANDTÕVE KIRURGILINE RAVI JA SELLE KAUGTAGA- JÄRJED TEADUSKONNAKIRURGIA KLIINI- KUMATERJALI ALUSEL

(1950—1953 *)

Prof., med. tead. dr. A. Linkberg

Teaduskonnakirurgia kateeder

Haavandtõbi kuulub siseorganite sagedamate haiguste hulka. Statistilised andmed näitavad, et ligi 10% sisehaiguste kliinikutes ravil viibinud haigetest moodustavad haavandtõvega haiged. Kliinilistel andmetel on kindlaks tehtud, et mehed haigestuvad sellesse haigusse peaaegu 5 korda sagedamini kui naised. Sellest ei saa siiski järeldada, nagu põeksid naissoost isikud üldse harva haavandtõbe. Nii selgub J. F. Lorje andmeist, et patoloogilistel seksioonidel leitakse naistel juhusliku leiuna armistunud, s. o. paranenud mao- ja 12-sõrmiksoolehaavandeid 4 korda sagedamini kui meestel. Mõningate autorite arvates kulgeb haavandtõbi naistel rohkem latentselt ning haavandid paranevad juba enne kliiniliste nähtude väljakujunemist.

Vastandina välismaa autorite poolt püstitatud lokalistlikele vaadetele, käsitavad nõukogude kliiniklaste koolkonnad (Kontšalovski, Tšernorutski jt.) maohaavandit mitte ainult ühe organi, vaid üldorganismi haigusena. Vastavalt sellele on nõukogude literatuuris kõikjal mao- ja 12-sõrmiksoolehaavandi asemel tarvitusel haavandtõbi. Selle juures haavandtõve tekitajaks ei loeta mingisugust üksikut, vaid tervet rida faktoreid, mis, mõjustades üldorganismi, kutsuvad esile haavandtõve koos mao- ja 12-sõrmiksoolehaavandiga. Nõukogude kliiniklaste koolkonna poolt on kindlaks tehtud terve rida niisuguseid faktoreid, nagu: neuro-psüühilised faktorid, närvikava funktsionaalne seisund, vegetatiivse närvikava ja endokriinse süsteemi disharmonia või olustikulised tingimused ja veel palju teisi olulisi momente. Niisugustele nõukogude autorite vaadetele haavandtõve tekkimise suhtes on palju kaasa aidanud I. P. Pavlovi ja tema õpilaste klassikalised tööd kõrgema närvikava talitluse

* Osa tööst ette kantud II vabariiklikul kirurgide konverentsil Tallinas 1953. a.

üle. I. P. Pavlovi õpilane akadeemik Bõkov ja tema kaastöölised tegid kindlaks ning jõudsid järeldusele, et iga üksik organ, mis on seotud keskergukava abil nii sisemise kui ka välise miljööga, moodustab ühe osa organismi terviklikkusest. Tuginedes I. P. Pavlovi õpetusele kõrgema närvikava füsioloogilisest ja patoloogilisest talitlusest, esitas Bõkov oma eksperimentaalsete katsetega kui ka tähelepanekute varal inimeste juures uue, praegusel ajal kõige tõenäolisema teooria haavandtõve etioloogia kohta, nn. kortiko-vistseraalne teooria. Viimane seisab selles, et maohaavandi puhul on kortiko-vistseraalne dünaamika mao- ja ajukoore vahel häiritud. Ekstero- või interoretseptorite tugeva ärrituse tagajärjel ajukoores tekkivad tugevad pidurdusprotsessid harilikult on ülekaalus aju ärritusprotsessidest. Suure tähtsuse inimesele omavad tugevad afektid ja emotsioonid, nagu kurbus, hirm jne. Sellega seletubki üks sõjaaegsel perioodil sageneva haavandtõve põhjusist. See Bõkovi õpetus baseerub eesrindliku dialektilise materialismi filosoofia printsiipidel.

Maohaavandeid on eksperimentaalselt esile kutsutud loomadel. Niisugused haavandiprotsessid kulgevad aga tavaliselt ägedalt, paranevad kiiresti ega võta kunagi kroonilise maohaavandi kulgu. Ka oma kliinilise kulu, samuti patogeneesi poolest erinevad kirjeldatud haavandid harilikult maohaavandist. Oma eksperimentaalsete katsete tulemusena jõuab Bõkov järeldusele, et haavandtõbi kuulub niisuguste haiguste hulka, mis on spetsiifilised ainult inimorganismile (K. M. Bõkov ja J. G. Kurtsin, 1952. a.).

Kui haavandtõve etioloogia on tänapäeval nõukogude autorite poolt kindlaks tehtud, siis ei olda haavandtõve raskemate komplikatsioonide sageduses kui ka tema ravimeetodites jõutud senini veel täiesti ühisele arvamusele. Üheks mitte väga harva esinevaks raske komplikatsiooniks on maohaavandi pahaloomuseks muundumine (злокачественное превращение).

Aastast 1839, mil tehti kindlaks maohaavandi pahaloomuseks muundumine, ei ole kuni tänapäevani viimase sageduse suhtes saavutatud ühist arvamust. Nii kõigub maohaavandi pahaloomuseks muundumine välismaiste autorite järgi 20—50% ja kodumaiste autorite järgi 5—23% piires. Niisamuti esineb selles küsimuses lahk- arvamisi patoloogo-anatoomide ja klinitsistide vahel. Kirurg, kelle juurde sellised haiged satuvad kõige sagedamini, otsustab selle üle haiguse kliinilise kulu järgi (haiguse kestus, maohappesuse väärtus jne.); patoloogo-anatoom näeb aga oma sektsioonilaul tavaliselt juba lõplikult väljaarenenud maovähki. Maovähk võib tekkida vanast, kauemat aega kestnud maohaavandist, samuti aga ka täiesti paranenud, armistunud haavandi kohale. Niisugust maohaavandi juhtu oli mul enesel võimalus jälgida enam kui 40 aasta vältel ning lõpuks sellest väljakujunenud maovähki ka opereerida.

Neljandal Moskva oblasti teaduslikul konverentsil tõi akadeemik Abrikossov ette need tunnused, mis tema arvates on tüüpilised maohaavandi pahaloomuseks muundumisele kui ka primaarsele maovähile. Oma uurimuse tulemusena jõuab Abrikossov järeldu-

sele, et pahaloomuseks muundumisi maohaavandi puhul esineb 8—10%.

Mis puutub 12-sõrmiksoolehaavandi pahaloomuseks muundumisse, siis esineb seda väga harva. Mõned autorid eitavad sootuks seda võimalust (Voznessenski). Jelanski aga oma dissertatsioonis (1924. a.) kirjeldab üht tõenäolist 12-sõrmiksoolehaavandi pahaloomuseks muundumist.

Haavandtõve kirurgiline ravi

Haavandtõbi kuulub oma algstaadiumis sisemeditsiinilisele ravile (une-, medikamentoosne-, dieet- ja kuurortravi), kuid selle haiguse kulg võib muutuda sääraseks, mille juures sisemeditsiiniline ravi osutub tagajärjetuks ning haige tuleb suunata kirurgilisele ravile. Kirurgiline ravi on tingimata näidustatud järgmiste haavandtõve komplikatsioonide puhul: mao- ja 12-sõrmiksoole verejooksud, mao perforatsioonid, haavandi maksasse, pankreasse või teistesse organitesse penetreerumine, püloruse stenoos, haavandi pahaloomuseks muundumine ja peptilise haavandi tekkimine anastomoosi kohal. Kirurgilise vahelesegamise eesmärgiks niisuguste komplikatsioonide juures on patoloogilise kolde eemaldamine. See on kortikostseraalse protsessi käigus täiesti põhjendatud, kuna organi patoloogilisest koldest lähevad pidevalt impulsid ajukoore, kutsudes seal esile püsiva ärrituse, mille tagajärjel ajukoore muutunud funktsioon omakorda mõjub kohalikule patoloogilisele protsessile. Organismi normaalse füsioloogilise seisundi jaluleseadmiseks ongi näidustatud operatiivne vahelesegamine kohaliku patoloogilise kolde kõrvaldamise kaudu.

Tartu Riikliku Ülikooli teaduskonnakirurgia kateeder töötab Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna (I Haavakliinik) baasil. Ajalooliselt on viimane üks vanemaid TR Ülikooli kasutuses olevaid õppebaase, kus pidevalt on uuritud teatud liiki haigusi pikema aja vältel. Üheks uuritud haiguseks on ka haavandtõbi. Seda haigust on olnud võimalik jälgida juba üle 35 aasta, s. o. alates Suurest Oktoobrirevolutsioonist.

Kuna viimastel aastatel haavandtõve ravis, tänu I. P. Pavlovi ja tema õpilaste põhjanevatele töödele, on rakendatud uusimaid ravimeetodeid (uneravi jt.), võib oletada, et teatud haavandtõve staadiumid suunatakse uuesti sisemeditsiinilisele ravile, mille juures kirurgiline vahelesegamine haavandtõve puhul väheneb. Kuid vaatamata sellele kuulub vähemalt 30—35% kõigist haavandtõve juhtudest siiski kirurgilisele ravile.

1950. — 1. VII 1953. a. viibis Teaduskonnakirurgia Kliinikus ravil 184 kroonilise mao- ja 12-sõrmiksoolehaavandiga haiget (tabel 1).

Teaduskonnakirurgia Kliinikus 1950.—1. VII 1953. a. opereeritud haavandtõvega haigete analüüs vanuse, soo, haiguse kestuse, varem ravilviibimise ja haavandi lokalisatsiooni järgi

Vanus	Juhtude arv ³	Sugu		Kui kaua haige				Kas varem statsionaarselt ravitud		Haavandi lokalisatsioon	
		m	n	1—3 a.	3—5 a.	5—10 a.	üle 10 a.	jah	ei	maos	12-sõrmiksooles
0—25	11	11	—	6	5	—	—	8	3	2	9
26—30	16	15	1	6	5	5	—	8	8	4	12
31—35	19	18	1	3	9	7	—	13	6	6	13
36—40	22	18	4	3	4	10	5	15	7	7	16*
41—45	43	33	10	11	9	15	8	22	21	19	25*
46—50	39	24	15	5	7	13	14	24	15	18	21
51—55	9	5	4	—	2	1	6	6	3	6	4*
56—60	12	7	5	3	—	3	6	4	8	6	6
61—65	9	7	2	1	1	1	6	5	4	6	3
66—70	3	2	1	—	1	2	—	2	1	2	1
üle 70	1	—	1	—	—	—	1	—	1	1	—
KOKKU	184	140	44	38	43	57	46	107	77	77	110

Nagu tabelist nähtub, esineb mehi ligi 4 korda enam kui naisi. Kui vaadelda haiguse levikut vanusegruppide järgi, siis selgub, et haavandtõbi esineb meil kõige sagedamini 40-ndate ja 50-ndate eluaastate vahel. Vaadeldes haiguse vältust kuni operatsioonini näeme, et juhte 10- ja üle 10 aastase haiguse anamneesiga esineb kõige rohkem. Selles grupis on palju haavandtõve diagnoosiga üle 20, isegi üle 30 aasta. Viimasel ajal niisuguste pikaajalise anamneesiga haigete arv väheneb. Mis puhtub uuritud haigete ravisse enne operatsioonile tulekut, siis ilmneb, et nüüd juba 58,2% haigetest on viibinud sisemeditsiinilisel ravil, kuid see ravi osutus tagajärjetuks. Kaks aastat tagasi oli see % 50,96. 41,8% haigetest on otsekohe suunatud kirurgilisele ravile või siis on ilmunud selleks omal algatusel, ära nähes ambulatoorse terapeutilise ravi otstarbetust. Haavandi lokalisatsiooni järgi on 12-sõrmiksoolehaavand nooremas elueas tugevasti ülekaalus. See vahekord ühes vanusegrupiga muutub, ning lõppkokkuvõttes esineb 12-sõrmiksoolehaavandit 59,0% ning maohaavandit 41%.

Tabelist 1 ilmneb, et varem on korduvalt ravil viibinud 107 haiget, kuna 77 on esmakordselt pöördunud haavakliinikusse ravile juba haigusnähtudega, mis lasksid oletada sisemeditsiinilise ravi tulemusetust.

Nagu eespool tähendatud, on meie haigete kontingendis haiguse arenemisastmes kui ka selle vältuses viimasel ajal aset leidnud tea-

* Kolmel haigel esines haavand nii 12-sõrmiksooles kui ka maos, seega kokku 6 haavandit.

tud muudatused. Kui enne fašistlikku okupatsiooni, eriti aga fašistliku okupatsiooni ajal, mil haiglaravi oli raskendatud, meie haigete kontingent koosnes peamiselt pikka aega kestnud haigusega haigetest, mille tagajärjel haiged olid liialt kurnatud, siis tabelist 1 nähtub, et nüüd otsivad haiged märgatavalt varemini arstiabi. Selle tõttu on haigete keskmine vanus, samuti ka haiguse kestus tunduvalt vähenenud.

Tähtsat kohta haavandtõve kirurgilises ravis omab haige operatsiooniks ettevalmistamine.

Suure Isamaasõja päevilt saadud kogemustest on nüüd õpitud paremini šoki vastu võitlema. On aru saadud, et haige nälgutamine, samuti teatud liiki narkoos (eeter), eriti kui seda kehvasti antakse, nõrgestavad organismi ning soodustavad operatsiooniaegse kui ka postoperatiivse šokiseisundi tekkimist haigel. Neist asjaoludest lähtudes ei anna meie viimasel ajal haigeile üldse enam lahtisteid. Operatsiooni eelõhtul tehakse haigele klistiiri. Samal õhtul või operatsioonipäeva varahommikul tehakse haigele maoloputus. Sel moel on juba saavutatud kõik seedetrakti puhastamise osas. Mis puutub haige toitmisel, siis operatsiooni eelõhtul saab haige ainult teed piimaga või magusat teed. Enne seda aga toidetakse haiget tunduvalt tugevamini valkude, süsivesikute kui ka rasvainete poolest. Sellele lisandub haige organismi üldtoonuse tõstmise ning tugevdamine. Viimasel ajal, vastavalt haige seisundile, tehakse talle korduvalt vereülekandeid väikestes annustes. Operatsiooni eelõhtul saab haige tingimata 5%-list glükoosilahust 500,0 ja ööseks uinuteid. Opereeritakse kombineeritud, peamiselt kohaliku tuimastusega (STE [SEE] + 0,5% novokaiini) või eetri narkoosiga koos hapnikuga või ilma (tabel 2).

Tabel 2

Tuimastusmeetodid maooperatsioonidel

STE (SEE) + 0,5% ehk 0,25% novokaiinilahus	Morfium + atropiin + 0,5% novokaiinilahus	Pentotaal + eeter	0,5% novokaiini + eeter	Eeter	Kokku
141	24	6	5	8	184

STE (SEE), morfium + atropiin, samuti pentotaal on ette nähtud basis-narkoosina. Novokaiini 0,5% või 0,25% lahust + eeter on kasutatud siis, kui mingil põhjusel ei õnnestunud haiget kohaliku tuimastuse all opereerida. Niisugustel juhtudel saab haige loomulikult veel 1 ccm morfiimi.

Toodud tabelist nähtub, et kõige rohkem on kasutatud kombineeritud kohaliku tuimastuse meetodit. Operatsiooni ajal saab haige kogu aeg tilk-infusioonina intravenoosselt 5% glükoosilahust ja

250,0 kuni 500,0 verd. Viimasel ajal on antud ka 5%-list alkoholi 200,0—250,0.

Kõik need operatsioonieelsed ning operatsiooni ajal ettevõetavad manipulatsioonid kui ka narkoosi või tuimaštuse vahendite valik võimaldavad kirurgil vältida patsiendi vererõhu langust, samuti šokiseisundi tekkimist operatsiooni kestel.

Haavandtõve kirurgilise ravi puhul me eelistame mao resektiooni meetodit gastroenterostoomiale, kuna viimase tagajärjed on halvemad.

1950. kuni 1. VII 1953. a. on Teaduskonnakirurgia Kliinikus opereeritud 184 haavandtõvega haiget ning tehtud 184 mao resektiooni, peamiselt Hofmeister-Finsterer'i meetodi järgi. Operatsioonimeetodite ja postoperatiivse paranemise järgi jagunevad haiged järgmiselt (tabel 3):

Tabel 3

Operatsiooni meetodid ja postoperatiivne paranemine

Operatsiooni meetod		Postoperatiivne periood			
Resectio	G E	Haava paranemine		Lahkus kliinikust	
		Per primam	Per secundam	paranenult	suri
184	—	178	6	184	—

Tabelist 3 nähtub, et kõigile haigeile on sooritatud mao resektioon, peamiselt Hofmeister-Finsterer'i või selle modifikatsiooni meetodiga. Silmatorkav on võrdlemisi suur haava paranemise komplikatsioon — 3,2%. Selle arvu hulgas on aga ka väikesed nahalalused seroomid, kuna tõelist haava supuratsiooni esineb kõigest neljal juhul ehk 2,1%, mis osutub võrdlemisi väikeseks. Märkimist väärib siinjuures asjaolu, et vaatamata küllaltki suurele operatsioonide arvule (184) ei ole esinenud ühtegi postoperatiivset surma-juhtu, mille tõttu pean tunnistama saavutatud operatsioonitajajärjed võrdlemisi headeks. See on seda enam tähelepanuvääriv, et nii häid tagajärgi meil Tartus (184 operatsiooni kohta), arvatavasti aga ka kogu Eesti NSV-s, ei ole varemini kunagi saavutatud. Haige keskmine voodipäevade arv võrdub 19,6, sellest operatsiooniks ettevalmistamiseks 5,5 päeva ning peale operatsiooni 14,1 päeva.

Silmatorkav on haigete küllaltki pikk operatsioonieelsete voodipäevade arv. Selle aja vältel toimub haige ettevalmistamine operatsiooniks (toitmine, vitamiinid, glükoos, veri jne.). Peale selle on vajalik veel haige psüühiline ettevalmistus — haige rahunemine, harjumus mõttega operatsiooni paratamatusest, harjumus teenidava personaliga, tihe kontakt raviva arstiga ning lõpuks kindel veendumus, et tema kasuks püütakse teha kõike võimalikku. Nii-sama suurt tähtsust omab ka haige postoperatiivne jälgimine, mil me

suurima hoolega kontrollime haigel pulssi ning vererõhku. Opereeritule tehakse vajaduse järgi korduvalt vere ja 5%-lise glükoosilahuse transfusioone, manustades haigele ka südamevahendeid ning valuvaigistavaid ravimeid ja püüdes igati vältida haige kannatusi. Kliinikust väljakirjutamisel määrati haigeile, vastavalt nende elukutsele, 1,5 kuni 2 kuud tööst vabastamist, missuguse aja möödudes nad suundusid oma endisele tööalale, välja arvatud üksikud juhud (12 isikut), kes kurnatuna kauasest haigusest asusid kergeimatele töödele.

1952. ja 1954. aastal lähetasin ma kõigile 1950. — 1. VII 1953. a., s. o. 3 $\frac{1}{2}$ aasta vältel, Teaduskonnakirurgia Kliinikus maohaigusega opereeritud haigele kümne küsimusega ankeetlehed vastavaks täitmiseks ning võimaluse korral ka järelkontrollile ilmumiseks. Arvestades patsientide elukoha muutmist, samuti Eesti NSV territooriumi oblastitesse ja rajoonidesse jagamist, jäi paljudel juhtudel adressaat leidmata. Nii sain ma 184-st väljasaadatud ankeedist vastuseid 129-le. Vastuste saatjatest käisid 38 isikut isiklikult kohapeal oma tervisliku seisundi kontrolliks. Ankeet sisaldas küsimusi patsiendi praeguse tervisliku seisundi, kehakaalu (juurde või maha võtnud), söögiisu ning kõhu läbikäigu kohta. Lisaks palusin ankeedis teatada, kui kaua oli patsient veel kodus tööst vaba ja kas teeb praegu kehalist või vaimset tööd, ning kirjeldata lühidalt haigusnähte, kui neid peaks esinema.

Patsiendi tervisliku seisundi kindlakstegemiseks jagasin tagastatud ankeetmaterjalid kolme gruppi:

1) juhud, kes tundsid end täiesti tervetena, tegid füüsilist või pingsat vaimset tööd ja võisid kõiki toite süüa, mille juures neil ainult harva tekkisid röhitud ning raskustunne roidekaare all, mis aga ei takistanud neid töötamast ega vajanud mingit ravi, lugesin headeks;

2) juhud, kellel vahetevahel tekkisid nõrgad valud, iiveldus, mõnikord ka oksendamine ning kes ei võinud kõiki toite süüa, kuid olid sealjuures kaalus juurde võtnud ning olid ka täiesti tööväime-lised, lugesin rahuldavateks;

3) juhud, kellel esinesid kõik haavandtõve nähud, mõne juures veel raskemal kujul kui enne operatsiooni, lugesin halbadeks (tabel 4).

Tabel 4

Haavandtõve postoperatiivsed tulemused, pikema aja järel vaadatuna

H e a d	R a h u l d a v a d	H a l v a d
103	23	3

Nagu tabelist 4 näeme, leidub kõige enam häid ja rahuldavaid tulemusi. Kolmel juhul on operatsioon jäänud tulemusteta. Siin on haigete tervislik seisund isegi tunduvalt halvenenud: on tekki-

nud selline seisukord, mida Bussalov nimetab agastraalseks asteeniaks. Võib oletada, et sellisel juhul pidid üldised haavandtõve nähud tugevasti prevaleerima lokaalsete nähtude üle. Tähelepanu väärivad ankeetides antud andmed sagedase kõhulahtisuse üle, mille juures ei esine mingeid muid kaebusi. Patsient võib kõiki toite süüa, võtab kaalus juurde, kuid sealsamas, teadmata põhjusil, enamasti küll külmetuse või raskema töö, harvemini mõne toidu tagajärjel, tekib kõhulahtisus. Selline olukord püsib päeva, harvemini enam, ning siis on seedimine jälle korras. Säärasele postoperatiivsele kõhulahtisusele juhtis ka dots. H. Petlem oma dissertatsioonitöös tähelepanu. Viieteistkümmel järelkontrollile ilmunud patsiendil uuriti magu röntgenoloogiliselt, kusjuures selgus, et neil isikuil, kes postoperatiivse kõhulahtisuse all kannatavad, tühjeneb magu 20—30 minuti jooksul. Mao kiirenenud tühjenemine peale mao resektsiooni on põhjendatud sellega, et eemaldades $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ magu saab viimase motoorne funktsioon tugevasti häiritud. Peale resektsiooni muutub mao toonus lõdvemaks. Loiuks jäävad ka peristaltilised lained, ning selle tagajärjel võimaldub mao sisu soolde edasi liikumine esialgu ainult mao sisu enese hüdrostaatilise rõhu mõjul. Koos sellega puudub mao kõndis pülorusetaoline rõngas, milline normaalses maos reguleerib mao sisu evakuatsiooni. Iseäranis kiiret mao sisu soolde sattumist näeme me niisugustel juhtudel, kus terve mao kõndi valendik on istutatud tühiksoolde (Reichel-Polya). Sellepärast ei ole see meetod viimasel ajal pooldamist leidnud enamiku nõukogude kirurgide poolt. Selline mao kiire tühjenemine kaob aja jooksul. Tavaliselt venib mao kõndi suur kõverikupoolne külg, moodustades väikese koti. Ka tekib anastomoosi kohale midagi rõngataolist, mis on küll armkoeline, kuid siiski küllaldane, et mao sisu 1—1½ tundi maos hoida ja seedimismahladega seedimiseks ette valmistada. Seda asjaolu olen ma rõhutanud juba varemini ühes oma töös (1930. a.).

Haavandtõve paranemisel omab suurt tähtsust opereeritud mao funktsionaalne seisund. Resektsiooni puhul eemaldatakse tavaliselt mao- või 12-sõrmiksoolehaavand, suur osa väikesest kõverikust ja mao antraalne osa. Selle tagajärjel langeb mao sekretoorne funktsioon tugevasti. Enamik kirurge, kes on uurinud pärast mao resektsiooni mao kemismi, on tulnud järeldusele, et 90—99% juhtudel on maomahla happesus tugevasti langenud ja et sagedasti esineb anatsiidne magu (Oistrach, Rais, Starostenko, Petlem). See maomahla happesuse vähenemine haavandtõvega haigetel peale mao resektsiooni on vägagi tervitatav, kuna see aitab ära hoida retsiidive, mis on väga sagedased gastro-enterostoomia puhul. Viimati kirjeldatu on üks paljudest põhjustest, mille pärast mao resektsiooni eelistatakse gastro-enterostoomiale.

Kõike kokku võttes jääb kirurgide ülesandeks jälgida, et kroonilisi, penetreeruvaid maohaavandeid, mille puhul haigusnähud (valu, oksendamise, rõhitused jne.) võivad mõnikord ajutiselt puududa, ei ravitaks kaua sisemeditsiiniliselt. Sageli võime sedas-

tada, et krooniliste mao- ja 12-sõrmiksoolehaavandite röntgenoloogilisel läbivaatusel ilmneb niisugustel juhtudel anatoomiline defekt ulcus niši näol. Sellepärast on soovitatav haiget opereerida, et vältida võimalikke komplikatsioone (malignisatsiooni, perforatsiooni ja profuusete mao verejooksude näol).

Haavandtõve kirurgilise ravi puhul tuleb kindlasti pooldada mao resektsiooni, missugune meetod nüüdisajal valikmeetodina igal pool peaks tarvitusel olema. Mainitud meetodiga saavutatud häid hilistulemusi kinnitavad ka Teaduskonnakirurgia Kliiniku 1950. kuni 1. VII 1953. a. haigematerjali andmed, kusjuures ravitulemused on võrdlemisi head, andes enam kui 97,6% püsivtagajärgi.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПО МАТЕРИАЛАМ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ТАРТУСКОГО ГОСУНИВЕРСИТЕТА (1950—1953 гг.)

Проф., др. мед. наук А. Линкберг
Кафедра факультетской хирургии

Резюме

В своей работе автор приводит взгляды советских ученых на происхождение язвенной болезни и особенно останавливается на учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Далее автор приводит кортико-висцеральную теорию К. М. Быкова, как наиболее распространенную теорию происхождения язвенной болезни.

В клинической части работы приводятся консервативные и хирургические методы лечения язвенной болезни. При этом упоминаются те формы язвенной болезни, которые подлежат немедленной операции, как напр.: прободение желудка, острое кровотечение из язвы желудка, язвы желудка, пенетрирующие в соседние органы, и превращение язвы в злокачественную. Две последних формы не нуждаются в немедленной операции, но желательно оперировать их как можно раньше.

Далее автор анализирует свой собственный клинический материал, относительно 184 больных, бывших на излечении в факультетской хирургической клинике за 3,5 года. Здесь приводятся несколько таблиц. На первой таблице больные распределены по возрастным группам, по полу и по локализации язвы. Также обращено внимание на то обстоятельство, поступали больные непосредственно в хирургическую клинику или же лечились раньше в терапевтических клиниках, по поводу язвы желудка. Из первой таблицы видно, что мужчины страдают язвой желудка почти в четыре раза чаще, чем женщины. По локализации видно, что в молодом возрасте преобладает язва двенадцатиперстной кишки.

типерстной кишки, тогда как после 40 лет чаще встречается язва желудка; так что, в общем, язва двенадцатиперстной кишки встречается в 59% случаев, а язва желудка в 41% случаев.

На следующей таблице приведены методы обезболивания, причем выясняется, что из 184 больных под местной анестезией было оперировано 165 больных.

На третьей таблице приведены результаты первичного заживления операционной раны, при этом из приведенных данных выясняется, что в 97,9% случаев раны заживали *per primam*, а в 2,1% случаев *per secundam*, каковые результаты нужно считать вполне удовлетворительными.

Далее автор описывает предоперационный период, т. е. подготовку больных к операции. Подготовка имеет очень важное значение в хирургическом лечении язвенной болезни. Благодаря опыту, полученному в Великой Отечественной Войне, мы научились теперь лучше бороться с явлениями шока. Стало понятным, что голодание больного, а также некоторые виды наркоза ослабляют организм и способствуют возникновению шока как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Исходя из этого, автор советует до операции усиленно питать больного и только вечером накануне операции давать больному только чай с молоком или сладкий чай. Также накануне операции больному не дают клизму, слабительных же до операции не дают. В зависимости от общего состояния больного проводится повторное переливание крови, малыми дозами. Накануне операции, вечером, больному обязательно вводят 500 мл. 5% раствора глюкозы и дают снотворное. Не меньшее значение имеет подготовка психического состояния оперируемого.

Далее автор описывает операционный период. Во время операции пациент получает интравенозно-капельным способом — 1 л крови + 750—1 л 5% раствора глюкозы. Оперируют, видно из таблицы, большею частью под местной анестезией. Послеоперационный период первые два-три дня больной получает наркотические и снотворные средства, чтобы он не страдал от болей. Уже через 24 часа, а иногда и раньше, в зависимости от возобновления кишечной перистальтики, больной получает с молоком или кофе, смотря по желанию больного.

Что касается операционных результатов, то из 184 оперированных больных не было ни одного смертного случая.

В данной работе анализируются по анкетным листам отдаленные результаты оперированных больных. Выясняется, что у 97,6% оперированных имеются хорошие и вполне удовлетворительные результаты и только у 2,4% состояние не изменилось, а в одном случае — ухудшилось.

Операции проводились по методу Гофмейстер-Финстереру,

причем было удалено около $1/2$ или даже больше $1/2$ желудка. Этот метод автор считает методом выбора.

В заключение автор советует хирургам внимательнее следить за хронической язвенной болезнью и в тех случаях, где повторное терапевтическое лечение оказалось безрезультатным, чаще прибегать к хирургическому лечению, каковое, по данным факультетской хирургической клиники, дает при современной подготовке больных к операции более 97,6% устойчивых результатов.

